ITEM 288 : PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE

- **Hémorroïde** = structure anatomique normalement présente chez l'individu sain, composé de **lacs veineux**, de **petites artérioles sous-muqueuses** / **shunts** artério-veineux : **anastomose porto-systémique**, organisé en **plexus hémorroïdaire interne** (au-dessus de la ligne pectinée, épithélium de type intestinal, visible avec un anuscope) et en **plexus hémorroïdaire externe** (sous-cutané, dans les plis radiés de l'anus, épithélium de type malpighien, visible si complication = thrombose).
= Affection la +fréquente en proctologie, au moins 1 fois 1/3 de la population chaque année, 1/3 consultent.

PHYSIOPATH

- **Plexus hémorroïdaire interne normal** : impalpable, renflement participant au tonus du canal anal & à la continence, visible à l'examen endocanalaire avec anuscope. Epithélium de type intestinal.
- **Plexus hémorroïdaire externe normal** : épithélium de type malpighien.
- « **Maladie hémorroïdaires** » = plaintes en lien avec les modifications du tissu hémorroïdaire.
- « **Crise** » si douleur de courte durée, « **maladie chronique** » si plaintes régulières.
- **Pas de corrélation anatomo-clinique** : possibles plaintes avec petites hémorroïdes, ou inversement.
- 2 théories :
  1) Vasculaire : parallélisme à l'insuffisance veineuse : ↗ taille en fin de grossesse, efficacité des veinotoniques.
  2) Mécanique : fragilisation du tissu de soutien ou du matériel d'ancrage des hémorroïdes internes.

→ **FDR** : efforts de poussée importants/longs (dyschésie), selles dures, accouchement (fréquent début des signes).

DG

SF	**DOULEUR**	**Gêne**	- **Prurit, tiraillement** et/ou **brûlure anale.**
		Crise hémorroïdaire	= Parfois consécutive à une diarrhée/constipation ou un excès d'alcool ou d'épices. - **Sensation de chaleur/cuisson** ou **pesanteur périnéale ou douleur anale vive**, ↗au passage de selles ou à l'exercice. + **Saignements rouges** (« épistaxis anal ») défécatoires non-mélangés aux matières. + **Tuméfaction** anale / perception de tension interne. - Crises durant habituellement **2 à 4 jours**, signes d'apparition rapidement progressive. - Examen endoscopique : **aspect congestif, œdémateux ± semis de micro-thrombose.**
		Thrombose	= Généralement **hémorroïdaire externe** (plis radiés), parfois **internes** (tuméfaction plus importante, « accouchée » par l'anus). - **Douleurs plus intenses**, de survenue brutale, sensation de cuisson/tension/douleur vive, parfois déclenchées par un exercice physique (cyclisme), une contrainte mécanique, un traumatisme (dont l'accouchement), +/- saignements (tardifs/inconstants). - **Tuméfaction bleutée, douloureuse, indurée**, siégeant dans les **plis radiés de l'anus**, accompagnée d'une **réaction oedémateuse et inflammatoire.** - Pas d'anuscopie au diagnostic (douloureux+++, non-nécessaire). - Crise lentement régressive en **5 à 15 jours**, avec parfois une cicatrice = **marisque.** - Bénigne, possible **réaction œdémateuse/inflammatoire** avec ulcération au sommet et saignement, rares++ suppuration secondaire. Possibles **récidives.** - TTT (si immédiat) : **simple incision** ou **excision** de la zone thrombosée.
	Hémorragie		- Émission de **sang rouge** rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire. - Habituellement non mélangé aux matières.
	Procidence		= Laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes : procidence des hémorroïdes internes **lors de la défécation**, voire **permanente.** - **Gêne mécanique, suintement, brûlures anales.**
	À un stade tardif		Possibles signes chroniques : - **Douleur quotidienne** : brûlures anales per/post-défécatoires peu durables. - **Procidence** de l'anus +/-importante, +/- réductible après la défécation. - **Saignements** parfois abondants, +/- anémie ferriprive (rare, recherche de DD++). - **Suintement muco-glaireux** tâchant les vêtements. - Possible **prurit anal** : doute sur le lien de causalité, pas de TTT si prurit anal chronique seul.
SC	Examen péri-anal		- Le plexus externe n'est visible qu'en cas de complication (thrombose) ! - Tuméfactions douloureuses et bleutées : **thrombose hémorroïdaire externe.** - Procidence spontanée ou intermittente des plexus hémorroïdaires internes à la poussée. - Recherche de **lésions associées** : fissure anale (pôle postérieur de l'anus+), abcès/fistule anale, condylome, marisque, cancer du canal anal/rectum…

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>Examen endo-canalaire</td><td>= TR puis exploration anuscopique : coussinets vasculaires (plexus hémorroïdaire interne dans la partie haute du canal anal), œdème/inflammation, degré de procidence des hémorroïdes internes :
- Grade 1 : sans procidence à l'anuscope.
- Grade 2 : procidence à l'anuscope mais pas à l'extérieur.
- Grade 3 : procidence extériorisée en poussée réductible spontanément (en fin de poussée).
- Grade 4 : procidence extériorisée irréductible (ligament de Park totalement rompu).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anuscopie et toucher rectal non indispensable en urgence si diagnostic évident et douleur intense.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">Attention au « délit d'hémorroïde » : attribution de toute plainte proctologique à des hémorroïdes.
- En cas de saignements isolés : rechercher une autre cause de saignement (cancer colorectal ++) ➝ coloscopie.
- En cas de douleurs isolés : évoquer fissure anale, thrombose hémorroïdaire, abcès, fécalome, herpès, proctalgie fugace.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="3">➝ Aucun risque de dégénérescence ou complication vitale : <u>ne pas traiter si asymptomatique</u>.
- Principes : TTT de confort, seulement si symptomatique et demande du patient, traitements médicamenteux sont habituellement réservés aux symptômes aigus et proposés en cure courte.

<u>Maladie hémorroïdaire interne</u> :
- TTT de crise (en cures courtes) : antalgique (AINS très efficace), veinotonique, laxatif, topiques.
- TTT de fond si saignement/procidence chronique (pas de veinotoniques/topiques) : endoscopique ou chir selon le cas.

<u>Malade hémorroïdaire externe</u> (= thrombose seulement) : incision/excision, ou AINS/CT (pas de topique/ veinotonique).

<u>Dans tous les cas</u> : régularisation du transit+++.</td></tr>
<tr><td></td><td>RHD</td><td>- Prévention de la constipation : ↗ de la ration quotidienne de fibre alimentaires ± laxatif (mucilage).
➝ Diminue les saignements et la fréquence des crises hémorroïdaires chez 40 % des patients.
Pas d'efficacité démontrée pour les régimes d'exclusion.</td></tr>
<tr><td></td><td>Veinotonique</td><td>= Diosmine micronisée : à forte dose (2-3 g) en cure courte lors des crises (non justifiée au long cours et uniquement pour les hémorroïdes internes).</td></tr>
<tr><td></td><td>Topiques</td><td>= Dérivé corticoïdes, excipient lubrifiant ou protecteur mécanique : en cure courte lors des crises (diminuent la composante inflammatoire, favorisent la cicatrisation) mais aucune preuve scientifique.</td></tr>
<tr><td></td><td>Traitement endoscopique</td><td>= Injection sclérosante, <u>ligature élastique</u> (n°1, mais CI si anticoagulants), photo-coagulation infrarouge, cryothérapie ou électrocoagulation bipolaire : en ambulatoire (consultation de gastroentérologie, via un anuscope), sans anesthésie, bien tolérée, efficacité à court terme.
- Objectif de renforcement du tissu de soutien/escarre cicatricielle au sommet des hémorroïdes : TTT appliqué en secteur sur la muqueuse rectale, au-dessus du tissu hémorroïdaire interne (pas de sclérose du tissu hémorroïdaire proprement dit).
= TTT de fond, à ne pas faire pendant une poussée/en prévention de la thrombose.
- Indication : procidence et/ou saignements réguliers avec hémorroïdes internes de taille moyenne.
➝ 75 % de bénéfice important si indication ciblée, diminution de l'efficacité à long terme.
- Complication (10-15 %) : douleur importante, fièvre, rétention urinaire, saignement, infection.</td></tr>
<tr><td></td><td>Traitement chirurgical</td><td>= Toute manœuvre sous AG, péridurale ou locorégionale. 2 types de chirurgie :
- Résection du tissu hémorroïdaire (hémorroïdectomie) : référence, seule possible si maladie anatomiquement évoluée ou thrombose externe récidivante.
- Ou refixation/tension du tissu, mécanique (anopexie au file/par pince mécanique) ou thermique (radiofréquence, laser) : plus simple, plus rapide, moins douloureux, immobilisation plus courte, mais risque de récidive plus importante.
- Indication : échec de traitement endoscopique ou procidence permanente.
- Complication :
• Saignement abondant, fièvre, douleur intense, rétention urinaire, constipation.
• À long terme (rare) : trouble de discrimination des gaz, impériosité, prurit.</td></tr>
<tr><td></td><td>TTT de la thrombose externe</td><td>- Excision ou incision si thrombose hémorroïdaire externe isolée, douloureuse et non œdémateuse : geste en consultation, soulage les douleurs et raccourcit l'évolution.
- Alternative : TTT médical : antalgiques & AINS, ou corticoïdes cure courte (++si œdématié).</td></tr>
</table>

DOULEUR ANALE AIGUË	Étiologie	Douleur	Rythme	Durée	Signes associés
	Crise hémorroïdaire	Cuisson	Per- et post-défécation	24 à 48 h	Œdème, procidence, saignement
	Fissure anale	Brûlure	Per- et post-défécation Durable	Périodes de plusieurs semaines	Fissure postérieure Saignement
	Thrombose hémorroïdaire	Douleur intense, exquise	Au toucher/à l'appui, non liée aux selles	Quelques heures à quelques jours	Tuméfaction anale douloureuse bien limitée
	Abcès	Tension et douleur pongitive (pointe)	Positionnelle, de contact/ appui	Récente (quelques heures) et continue	Tuméfaction péri-anale mal limitée Dysurie
	Fécalome/ cancer	Epreintes, douleurs expulsives	Pré- et per-défécatoire ou permanente	Plusieurs jours	Suintement Incontinence
	Fissure anale atypique = non postérieure, indolore, chronique : évoquer une **maladie de Crohn**, une **cause tumorale** (**carcinome épidermoïde de l'anus**) ou une **cause infectieuse.**				